

Avaliação funcional de idoso vítima de fraturas na hospitalização e no domicílio*

FUNCTIONAL EVALUATION OF AGED WITH FRACTURES AT HOSPITALIZATION AND AT HOME

EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ANCIANO VÍCTIMA DE FRACTURAS EN LA HOSPITALIZACIÓN Y EN EL DOMICILIO

Carla Roberta Monteiro¹, Ana Cristina Mancussi e Faro²

RESUMO

O trauma frequentemente está associado à incapacidade funcional, tornando-se uma importante questão social, econômica e de saúde. O estudo busca avaliar a independência funcional de idosos com fratura, na admissão, alta, e após um mês em domicílio, e também verificar suas relações com as variáveis demográficas e de saúde. Trinta e quatro idosos hospitalizados no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do HCFMUSP foram entrevistados e submetidos à aplicação da Medida de Independência Funcional (MIF). Das fraturas, 67,6% eram de fêmur. Os valores da MIF motora e total aumentaram na alta; já os valores da MIF total diminuíram após um mês em domicílio. A incapacidade funcional aumentou com a idade e para um maior número de dias de internação. O hipotireoidismo foi associado à incapacidade cognitiva, ao passo que a demência e a depressão foram associadas à incapacidade motora.

DESCRIPTORIOS

Idoso.
Ferimentos e lesões.
Reabilitação.
Enfermagem ortopédica.
Enfermagem em reabilitação.

ABSTRACT

Trauma is often related to functional impairment, representing an important social, economic and health issue. This study intended to evaluate the functional independence of aged individuals with fractures, at admission, discharge and after one month from their regressing home. Furthermore, this study also intended to verify the relationship between functional independence and demographic and health variables. Thirty-four aged individuals hospitalized at the Orthopedics and Traumatology Institute of the University of São Paulo Faculty of Medicine were interviewed and submitted to the application of the Functional Independence Measure (FIM). Among all fractures, 67.6% were femur fractures. The motor and total FIM scores increased at discharge; on the other hand, the total FIM score decreased one month after their returning home. Functional impairment increased with age and also with longer length of stay. Hypothyroidism was related to cognitive impairment, while dementia and depression were related to motor impairment.

KEY WORDS

Aged.
Wounds and injuries.
Rehabilitation.
Orthopedic nursing.
Rehabilitation nursing.

RESUMEN

El trauma es frecuentemente asociado con la incapacidad funcional, convirtiéndose en un importante tema social, económico y de salud. El estudio busca evaluar la independencia funcional de ancianos con fracturas en la admisión, al momento del alta y después de un mes en domicilio, incluso así como verificar sus relaciones con las variables demográficas y de salud. Treinta y cuatro ancianos hospitalizados en el Instituto de Ortopedia y Traumatología del HCFMUSP fueron entrevistados y sometidos a la aplicación de la Medida de Independencia Funcional (MIF). Las fracturas fueron del fémur en un 67,6%. Los valores de la MIF motora y total aumentaron para el momento del alta; ya los valores de la MIF total disminuyeron después de un mes en domicilio. La incapacidad funcional aumentó con la edad, haciendo necesario un mayor número de días de hospitalización. El hipotiroidismo se asoció a la incapacidad cognitiva, mientras que la demencia y la depresión se asociaron a la incapacidad motriz.

DESCRIPTORIOS

Anciano.
Heridas y traumatismos.
Rehabilitación.
Enfermería ortopédica.
Enfermería en rehabilitación.

* Extraído da dissertação "Independência funcional de idosos vítimas de fraturas: da hospitalização ao domicílio", Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007. ¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Osasco, SP, Brasil. carlynha_m@hotmail.com
² Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. rafacris@usp.br

INTRODUÇÃO

Paralelamente à transição demográfica que denota o envelhecimento populacional, a prevalência de trauma em idosos tem aumentado de forma significativa nos últimos anos, especialmente nos grandes centros urbanos, fazendo com que a traumatologia geriátrica passe a apresentar uma importância cada vez maior⁽¹⁾.

A grande concentração de idosos nos centros urbanos, um aumento da prática de atividade física entre estes, a falta de acessibilidade dos espaços domésticos e públicos, com destaque para as vias públicas que privilegiam o trânsito dos veículos motorizados em detrimento de pedestres estão entre os fatores que podem explicar estes dados.

Além disso, existem diversos outros fatores intrínsecos que favorecem o trauma no idoso: as perdas decorrentes do declínio fisiológico que acompanham o processo de envelhecimento, como as alterações do sistema cardíaco, nervoso, sensorial, e músculo-esquelético tendo como destaque as alterações da visão, audição, olfato, marcha, equilíbrio, coordenação motora e tempo de reação⁽¹⁻⁵⁾.

Ainda, a coexistência de doenças sistêmicas e conseqüentemente o uso de diversos medicamentos predispõe os idosos a riscos de trauma. A utilização de medicamentos como antidepressivos, psicotrópicos, ansiolíticos e hipnóticos, sedativos, anti-hipertensivos, diuréticos aumentam a propensão do trauma, através de seus efeitos colaterais cumulativos ou por interações com outras drogas ou hipotensão ortostática⁽¹⁻⁵⁾.

Não podemos negar ainda que entre os idosos o consumo de álcool em excesso constitui um problema em muitos casos. As alterações de conduta, equilíbrio e marcha decorrentes deste hábito geram como conseqüência um grande número de lesões decorrentes de quedas, atropelamentos, colisões e agressões⁽¹⁻⁵⁾.

De acordo com diversos estudos sobre mortalidade/morbidade por causas externas^(1,3-6), os principais tipos de trauma envolvendo a população idosa são liderados pelas quedas, seguidos dos acidentes de transporte.

Em um estudo⁽⁷⁾ realizado em um município da região sul do Brasil, evidenciou-se que as internações decorrentes de quedas representavam a maioria das lesões registradas nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs): 62,5% do total dos traumatismos de coxa e quadril, 36% dos traumatismos de membros inferiores, 37,5% de cabeça e pescoço e 66,7% de outras localizações como tórax, abdome e múltiplos traumatismos.

Os acidentes de transporte têm em sua maioria, como conseqüência, as fraturas (45%), localizadas principalmen-

te nos membros inferiores (29,2%), com ênfase para as de fêmur (19,3%), seguem-se os traumatismos intracranianos (14,4%), as fraturas de membros superiores (12,1%) e as múltiplas (11,9%). Entre os acidentes, os atropelamentos mantém relevância, perfazendo 54,5% dessas internações⁽⁵⁾.

Do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo componente do conceito de saúde, adequado para instrumentar e operacionalizar uma política de atenção à saúde do idoso.

O conceito de capacidade funcional consiste na capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Sendo assim, de acordo com os mais modernos conceitos gerontológicos, o idoso que mantém sua autonomia e prescinde de qualquer ajuda ou supervisão para realizar suas atividades diárias, deve ser considerado um idoso saudável, ainda que seja portador de uma ou mais doenças crônicas⁽⁸⁾.

A própria senescência causa declínio da capacidade funcional, que se torna mais acentuada a partir dos 75 anos e traz importantes limitações ao idoso, porém, um evento como o trauma, que pode ter como conseqüência a fratura, pode trazer implicações catastróficas, como o fim temporário ou mesmo permanente de uma vida autônoma e independente.

Na realidade brasileira, poucos instrumentos de avaliação funcional foram amplamente utilizados e testados em sua especificidade, sensibilidade e confiabilidade. Em uma pesquisa⁽⁹⁾ envolvendo pacientes vítimas de acidente vascular encefálico, a versão brasileira da Medida de Independência Funcional (MIF) mostrou-se sensível a alterações e clinicamente útil para a avaliação de resultados de reabilitação em pacientes ambulatoriais subagudos e crônicos no Brasil.

No Brasil, a população idosa não tem sido considerada prioridade nos estudos sobre causas externas e poucos deles são referentes à questão das seqüelas e da qualidade de vida pós-evento traumático. Além disso, o trauma não raras vezes está associado a seqüelas, incapacidades, deficiências e mesmo a diminuição da capacidade funcional, representando um prejuízo na qualidade de vida das vítimas e suas famílias devido à perda da autonomia e independência, tornando-se uma importante questão social, econômica e de saúde.

Considerando a ocorrência de fraturas por trauma na pessoa idosa, seu impacto na capacidade funcional e qualidade de vida do idoso, bem como na dinâmica familiar, o presente estudo teve como objetivo geral, avaliar a independência funcional de idosos vítimas de fratura, na admissão hospitalar, alta e um mês após o regresso ao domicílio e verificar suas relações com as variáveis demográficas e de saúde.

Do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo componente do conceito de saúde, adequado para instrumentar e operacionalizar uma política de atenção à saúde do idoso.

MÉTODO

Trata-se de um estudo longitudinal, exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa. Trinta e quatro idosos vítimas de fraturas, hospitalizados na unidade de traumatologia e pronto socorro do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da USP, referência no atendimento a pacientes com afecções do aparelho locomotor, participaram do estudo.

Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP e autorização da Comissão Científica do Instituto de Ortopedia. A pesquisadora leu junto ao idoso, e sempre que necessário, junto ao seu cuidador, o termo de consentimento livre e esclarecido e então procedeu à realização das entrevistas, seguindo um roteiro estruturado; ainda, foi realizada a aplicação da MIF em três momentos: até 48 horas após a internação, no momento da alta hospitalar e após um mês do regresso do idoso ao domicílio, desta vez por meio de contato telefônico.

A MIF avalia 18 tarefas funcionais, 13 motoras e cinco cognitivas. Cada item é pontuado de um a sete de acordo com o nível de dependência. Os itens motores estão subdivididos em dimensões de autocuidado, controle de esfínteres, transferências e locomoção. Os cognitivos, em dimensões de comunicação e cognição social⁽⁹⁾.

Para a análise da confiabilidade empregou-se o índice Alfa de Cronback e o Coeficiente de Correlação Interclasse.

O Coeficiente de Correlação de Pearson foi empregado para verificar a relação da MIF total e domínios com as variáveis idade e tempo de internação.

A fim de identificar alterações na independência funcional do idoso nos momentos citados e ainda, com o intuito de verificar o efeito das variáveis independentes sobre as dependentes, empregaram-se os testes múltiplos de comparação dois a dois de Bonferroni ajustado.

A variável dependente (domínio cognitivo-social), que não apresentou distribuição normal, foi normalizada e retransformada através da técnica de Modelo Linear Generalizado para Medidas Repetidas (GLM Repeated Measures).

No presente estudo, o nível de significância adotado foi de 5% e foram consideradas significativas as estatísticas com p descritivo menor ou igual a 0,05.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por idosos com idade média de 75,47 anos, sendo 16 homens e 18 mulheres. Sua maioria (82,4%) era de etnia branca.

A alta incidência de brancos no presente estudo pode ainda ser reflexo da maioria (70,29%) declarada branca no estado de São Paulo, conforme revelou o estudo: Saúde Bem-Estar e Envelhecimento (SABE)⁽¹⁰⁾.

Na composição familiar do idoso, houve predomínio de uma única geração, os idosos em sua maioria residiam com seus cônjuges e/ou filhos. As sucessivas modificações estruturais observadas nas famílias, que se tornam cada vez mais nucleares e enfrentam expressivas modificações nos papéis desempenhados por seus membros, dificulta a participação da família na assistência ao idoso, o que pode contribuir para uma carência assistencial dos idosos mais incapacitados.

Quando questionados quanto à atividade de lazer e realização de atividade física antes do trauma, 50% deles não referiram qualquer atividade, e apenas 11,8% deles referiram a prática regular de atividade física sendo a caminhada a única atividade citada.

A atividade física vem sendo considerada um aspecto fundamental do estilo de vida para a promoção de um envelhecimento saudável e bem sucedido. Sendo assim, o sedentarismo apresentado pelos idosos participantes do estudo consiste em um achado preocupante que pode estar relacionado à falta de conhecimento do idoso, sua família e/ou mesmo por parte de alguns profissionais de saúde que ainda acreditam que a prática de atividade física é recomendada somente para indivíduos jovens, saudáveis, livres de deficiência ou dependências, deve-se considerar ainda ao reduzido número de atividades disponíveis para esse grupo etário em suas comunidades.

Dos idosos entrevistados, 70,6% realizavam as atividades de vida prática questionadas: realização de atividades domésticas, ida ao banco e ao supermercado, ou seja, a amostra foi composta por indivíduos, em sua maioria, independentes para as Atividades de Vida Diária e Atividades de Vida Prática antes do evento do trauma.

A fratura de fêmur representou 67,6% das fraturas, com destaque para as fraturas de terço proximal de fêmur, especialmente as fraturas transtrocanterianas e de colo de fêmur respectivamente. A fratura de fêmur tem sido apontada como uma causa comum e importante de mortalidade e perda funcional entre os idosos, especialmente as fraturas proximais. Seu custo social é elevado, já que muitas vezes o idoso requer cuidados médicos intensivos e programas de reabilitação por longos períodos.

A queda foi o principal mecanismo de trauma responsável pelas fraturas nos idosos (88,2%). O lar do idoso foi o principal cenário das quedas, seguido pelo ambiente público.

A explicação para este elevado número de quedas no ambiente doméstico deve-se ao fato de que os idosos caem dentro de casa por aí permanecerem mais tempo. O idoso mais velho, que corresponde à média de idade obtida neste estudo, sai pouco de casa, em parte por sua condição física e/ou social (raros amigos, restrição financeira, moradia afastada e outros).

Além disso, vários são os obstáculos e facilitadores das quedas encontrados no domicílio de forma geral. No quarto, camas altas, tapetes soltos; no banheiro, vaso sanitário

baixo, sem barra de suporte; na sala, má iluminação, objetos espalhados pelo chão, piso escorregadio, cadeiras sem braços e instáveis. Aliado à maior permanência dos idosos no domicílio, a falta de conhecimento dos familiares e cuidadores quanto às medidas de prevenção de quedas em idosos é outro fator contribuinte para este aspecto⁽¹¹⁾.

O tempo de permanência hospitalar variou de 4 a 30 dias com média de 15,47 dias de internação, demonstrando a heterogeneidade dos pacientes estudados.

A modalidade de tratamento empregada foi cirúrgica. A osteossíntese empregada na maioria dos casos (29,41%) foi o DHS (Dynamic Hip Screw – Parafuso Dinâmico de Quadril) dado esse perfeitamente condizente com o elevado número de fraturas transtrocanterianas. Em seguida, temos as artroplastias parciais e totais de quadril correspondente ao tratamento para as fraturas de colo de fêmur e os sistemas de placa e parafuso.

Apenas 26% dos idosos possuíam acompanhante continuamente, o que pode ser explicado pela limitação das famílias nucleares em acompanhar o idoso hospitalizado. Por outro lado, há ainda uma necessidade de mudança na estrutura, filosofia e atitude da instituição que estimule e facilite a permanência dos acompanhantes junto aos idosos.

No terceiro momento da coleta de dados, um mês após o regresso ao domicílio, os indivíduos foram investigados quanto à realização de fisioterapia. Apenas 50,0% destes haviam iniciado algum tipo de atividade fisioterápica.

Verificada a consistência interna dos domínios da MIF nos três momentos de avaliação, obtivemos valores acima de 0,80.

Tabela 1 - Valores do coeficiente de alfa de Cronback para MIF motor e cognitivo-social considerando os momentos das avaliações - São Paulo - 2007

Domínio	Admissão	Alta	Domicílio
Motor	0,84	0,899	0,832
Cognitivo-social	0,822	0,851	0,839

Ainda, a concordância entre os diferentes momentos da avaliação foi comprovada através da aplicação do Coeficiente de Correlação Interclasse (ICC), conforme mostra a tabela a seguir:

Tabela 2 - Valores do Coeficiente de Correlação Interclasse nos diferentes momentos de avaliação - São Paulo - 2007

Momento	ICC
Admissão – Alta	0,795
Alta – Domicílio	0,911
Admissão – Domicílio	0,892

Pudemos notar que em relação à MIF motor e consequentemente, MIF total, houve um aumento considerável da média dos valores da MIF no momento da alta, sugerindo

do ganho de independência funcional em relação ao estado imediato após o trauma. Por outro lado, observamos uma diminuição deste ganho funcional para MIF motor e total quando os idosos foram investigados um mês após a alta, já em seu domicílio. Já a média do domínio cognitivo-social apresentou variação insignificante nos diferentes momentos, mantendo um padrão linear.

Tabela 3 - Valores da MIF total e seus domínios nos diferentes momentos de avaliação - São Paulo - 2007

MIF	N	Mínimo	Máximo	Média	Varição possível
Motor - Admissão	34	15	70	33,09	
Motor - Alta	34	18	85	61,29	(13 - 91)
Motor - Domicílio	34	18	70	39,59	
CS* - Admissão	34	16	35	30,35	
CS* - Alta	34	16	35	30,53	(5 - 35)
CS* - Domicílio	34	13	35	29,76	
Total - Admissão	34	40	105	63,44	
Total - Alta	34	34	119	91,82	(18 - 126)
Total - Domicílio	34	31	105	69,35	

Outros dois estudos americanos⁽¹²⁻¹³⁾ envolvendo idosos vítimas de fratura de fêmur integrantes de um programa de reabilitação revelaram um aumento significativo nos escores da MIF motora no momento da alta.

Podemos assim inferir, que o aumento dos escores da MIF motora observados no presente estudo, se devem ao fato de que os idosos envolvidos foram acometidos por eventos agudos, e que após a estabilização da fratura, adequada analgesia e intervenção fisioterápica, os mesmos sentiam-se mais capazes e dispostos para a realização de suas atividades, dentro das limitações impostas pela imobilização provisória.

A não variação do domínio cognitivo-social durante o seguimento também foi evidenciada em outros estudos envolvendo idosos que utilizaram a MIF a fim de verificar a evolução da independência funcional de idosos hospitalizados^(12,14).

No presente estudo, os idosos com alterações cognitivas representaram uma minoria de 32,3% e talvez por este motivo não tenha sido observado alterações com significância estatística referentes ao domínio cognitivo-social.

O declínio observado na independência funcional no seguimento do idoso em domicílio poderia ser explicado pelo índice de realização de acompanhamento fisioterápico (50%), pelo protecionismo da família, que realiza as atividades pelo idoso, considerando-o incapaz de realizá-las, ou realizando por eles como forma de expressar zelo e carinho ao indivíduo em convalescença. Ainda, há de se considerar as barreiras arquitetônicas impostas pelo domicílio do idoso, que impedem a mobilidade e realização de suas atividades.

O Coeficiente de Correlação de Pearson mostrou correlações negativas: pudemos observar que a incapacidade

funcional aumentou com a idade e ainda uma significativa associação entre maiores comprometimentos funcionais e maior número de dias de internação.

Tabela 4 - Valores do Coeficiente de Correlação de Pearson para os domínios nos diferentes momentos de avaliação - São Paulo - 2007

	Tempo de internação		Idade	
	Coefficiente	P	Coefficiente	P
MIF motor 1	-0,446	0,008	-0,368	0,032
MIF motor 2	-0,333	0,054	-0,542	0,001
MIF motor 3	-0,442	0,009	-0,475	0,005
MIF CS* 1	-0,476	0,004	-0,419	0,014
MIF CS* 2	-0,523	0,002	-0,428	0,012
MIF CS* 3	-0,508	0,002	-0,451	0,007

* MIF CS = MIF cognitivo-social

O tempo de internação prolongado é um fato preocupante quando se trata de pacientes idosos, considerando a possibilidade de complicações e principalmente o declínio funcional ao quais estes se tornam vulneráveis. Além disso, essa relação entre funcionalidade e dias de internação reflete a qualidade dos serviços hospitalares prestados, levando-se em conta uma assistência especializada e reabilitatória.

O teste de Bonferroni ajustado evidenciou que em relação à MIF total, a diferença entre as médias referentes à ausência de acompanhante ($p=0,038$; média=64,41) e sua presença contínua ($p=0,044$, média=92,99) foi significativamente diferente.

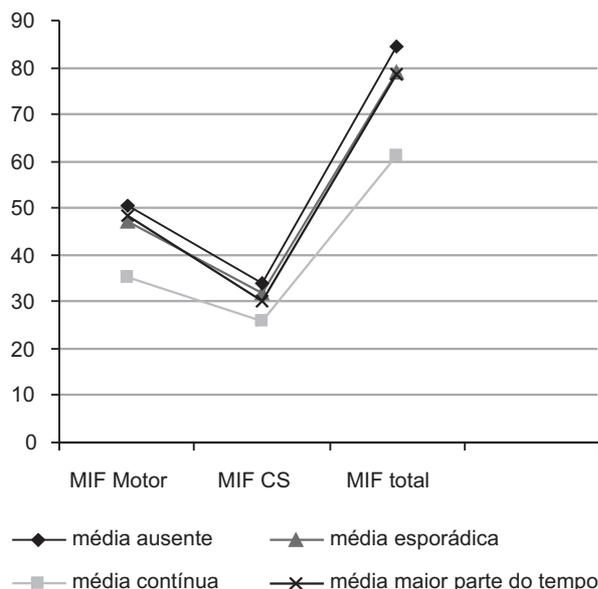


Figura 1 - Distribuição das variações médias dos escores da MIF total e seus domínios segundo presença de acompanhante - São Paulo - 2007

Esse achado pode ser explicado pela estimulação motora e cognitiva que os acompanhantes proporcionam aos idosos na maioria das vezes. O protecionismo da equipe de enfermagem, a execução das atividades pelo idoso, alegando falta de tempo ou funcionários pode ser o maior responsável pelos baixos valores da MIF.

O familiar pode passar a colaborar com o indivíduo doente para que este enfrente as mudanças ocorridas na sua rotina de vida, bem como com as limitações advindas do próprio estado de saúde. Sendo o papel da equipe, estabelecer parceria com o cuidador na busca da melhoria do cuidado ao idoso⁽¹⁵⁾.

Quando estudados os efeitos das patologias de base dos idosos sobre seus escores para independência funcional, evidenciamos que portadores de hipotireoidismo apresentaram baixas médias para a MIF no campo cognitivo social, enquanto portadores de demência e depressão expressaram maior dependência no campo motor.

Podemos inferir que a discrepância entre os valores para indivíduos saudáveis e portadores de hipotireoidismo pode ser oriunda de uma série de sintomas apresentados pelo portador de hipotireoidismo, sendo eles: lentificação do processo mental e fala, surgimento de surdez, apatia, depressão e alterações de personalidade e cognição nos casos avançados⁽¹⁶⁾.

As baixas médias obtidas pelos indivíduos portadores de demência podem ser explicadas pelo fato de que pacientes com este diagnóstico apresentam comprometimento da marcha, desequilíbrio, instabilidade postural e aumento do tônus muscular, que podem ter sido fatores que acarretaram na dependência do idoso para a execução das atividades de vida diária, além do comprometimento da atenção e memória recente e de aquisição⁽¹⁷⁾.

Já no caso da depressão, devemos considerar uma maior prevalência de doenças crônicas, maior uso de medicações antidepressivas e sedativas/hipnóticas, saúde pobre e declínio físico, diminuição da autoconfiança, indiferença ao meio ambiente, reclusão e inatividade, fatores esses que podem ter contribuído para a ocorrência do trauma⁽¹⁸⁾.

O sexo, estado civil, tipo de fratura e região acometida pelo trauma, não foram determinantes nas variações no estado funcional dos idosos estudados.

CONCLUSÃO

No presente estudo, pudemos observar um aumento considerável nas médias dos valores da MIF motor e total no momento da alta comparado à admissão, porém, quando comparamos os valores atingidos no domicílio, notamos uma diminuição nos valores médios da MIF total, comparados aos valores investigados no momento da alta.

Notamos ainda, que a incapacidade funcional aumentou com a idade e a ocorrência de uma significativa asso-

ciação entre maiores comprometimentos funcionais e maior número de dias de internação.

A presença contínua de acompanhante constituiu-se em um fator protetor contra o declínio funcional.

O hipotireoidismo foi associado a menores escores do domínio cognitivo-social, enquanto a demência e depressão foram associadas a maiores índices de dependência na esfera motora.

O sexo, estado civil, tipo de fratura e região acometida pelo trauma, não foram determinantes para a influência no estado funcional dos idosos estudados.

Assim, conforme apresentado, podemos inferir que a capacidade funcional pode ser influenciada por diversos fatores, sendo assim, as ações dos profissionais de saúde e as políticas públicas devem incluir medidas não somente interventivas, como também preventivas, incluindo o controle do ambiente do idoso de modo que seja permitido sua livre e segura circulação, controle das patologias de base, instrução a cuidadores e familiares, desenvolvimen-

to e incentivo à participação do idoso em programas de atividade física.

Acreditamos na necessidade de formação de profissionais de saúde preparados para avaliar o idoso na sua capacidade funcional, atender suas necessidades e elaborar planos que visem minimizar as incapacidades.

O estudo ainda aponta para o fato de que a maioria dos idosos voltou para a comunidade com necessidade de alguma forma de assistência para os cuidados pessoais, mobilidade e locomoção, acentuando assim a importância do papel da família como agente ativa no cuidado domiciliar do idoso após um trauma e como propiciadora de seu retorno ao convívio da comunidade.

Recomendamos a realização de investigações referentes à epidemiologia das fraturas por trauma em idosos, bem como estratégias para seu atendimento, visando minimizar a repercussão deste evento na capacidade funcional do idoso e, com isso, contribuir para a manutenção da qualidade de vida ao idoso.

REFERÊNCIAS

1. Biazin TB. Avaliação da capacidade funcional pós-trauma em idosos [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
2. Carneiro JL. Trauma no idoso. In: Freire E. Trauma: a doença dos séculos. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 2117-25.
3. Bodachne L. Traumas no idoso. In: Freitas EV. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 665-71.
4. Souza JAG, Iglesias ACRG. Trauma no idoso. Rev Assoc Med Bras. 2002;48(1):79-86.
5. Mello Jorge MHP, Koizumi MS. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo. Rev Bras Epidemiol. 2004;7(2):228-38.
6. Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. Cad Saúde Publica. 2003;19(3):783-91.
7. Mathias TAF, Mello Jorge MHP, Andrade OG. Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região sul do Brasil. Rev Lat Am Enferm. 2006;14(1):17-24.
8. Veras R. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume Dumara; 2002. p. 52-5.
9. Riberto M, Miyasaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Potiguara P, Pinto N, et al. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. Acta Fisiátrica. 2004;11(2):72-6.
10. Lebrão ML, Duarte YAO. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS; 2003.
11. Monteiro CR, Faro ACM. O cuidador do idoso e sua compreensão sobre a prevenção e o tratamento cirúrgico das fraturas de fêmur. Estud Interdiscip Envelhec. 2006;10(1):105-21.
12. Jones GR, Miller TA, Petrella RJ. Evaluation of rehabilitation outcomes in older patients with hip fractures. Am J Phys Med Rehabil. 2002;81(7):489-97.
13. Petrella RJ, Overed T, Chesworth B. FIM after hip fracture: is telephone administration valid and sensitive to change? Am J Phys Med Rehabil. 2002;81(9):639-44.
14. Kawasaki K, Cruz KCT, Diogo MJD. A utilização da Medida de Independência Funcional (MIF) em idosos: uma revisão bibliográfica. Med Rehabil. 2004;23(3):57-60.
15. Pena SB, Elboux MJD. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. Rev Lat Am Enferm. 2005;13(5):663-9.
16. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. Histórico e tratamento de pacientes com distúrbio endócrino; v.1, p. 992-1008.
17. Oliveira DLC, Goretti LC, Pereira LSM. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. Rev Bras Fisioter. 2006;10(1):91-6.
18. Whooley MA, Kip KE, Cauley JA, Ensrud KE, Nevitt MC, Browner WS. Depression, falls, and risk of fractures in older women. Arch Intl Med. 1999;159(5):484-90.